

ANNÉE 1932

THÈSE

90

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAURICE MINOT

Né le 29 Janvier 1907, à Tergnier (Aisne)

Ex-interne des Hôpitaux d'Amiens

L'Éventration diaphragmatique

Manifestations cardio-pulmonaires

Président de Thèse : M. le Professeur LEMIERRE

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

PARIS

—
1932

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAURICE MINOT

Né le 29 Janvier 1907, à Tergnier (Aisne)

Ex-Interne des Hôpitaux d'Amiens

L'Événement diaphragmatique

Manifestations cardio-pulmonaires

Président de Thèse : M. le Professeur LEMIERRE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

PARIS

1932

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÈPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉONBERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	MULON.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	BROCCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	N.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM

MM.

ABRAMI.....	Clinique	BASSET.....	Clinique
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....	médicale	HEITZ-BOYER	chirurgicale
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT	
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	

MM.

LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Je dédie ce modeste travail, humble témoignage
de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

Faible témoignage de mon profond amour.

AUX MIENS ET A MES AMIS

QUE MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

*Veuille bien trouver ici, l'expression de notre
reconnaissance pour le grand honneur qu'il
nous fait en présidant cette Thèse.*

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

Qui ont contribué à notre formation médicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE

Professeur de Pathologie Interne à l'Ecole d'Amiens

*Qui nous a toujours guidé dans nos études
médicales et qui nous a inspiré le sujet de
cette Thèse.*

Faible Témoignage de notre vive gratitude.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Introduction

L'événtration diaphragmatique est une surélévation permanente d'un hémidiaphragme ne présentant aucune solution de continuité et ayant conservé ses insertions habituelles. Les organes abdominaux restent coiffés par la calotte diaphragmatique distendue.

Malgré leur ascension dans le thorax, ils demeurent, en réalité, toujours contenus dans la cavité abdominale, car il y a ectasie et non rupture du diaphragme (FATOU).

Dans la hernie, au contraire, les viscères abdominaux traversent la cloison diaphragmatique.

Bien que n'ayant pas l'intention de refaire l'historique de la question, il faut cependant signaler que les cas d'événtration diaphragmatique peu nombreux et trouvailles d'autopsie, avant l'avènement de la radiologie, se sont multipliés depuis.

En France, depuis une dizaine d'années, ce sujet est toujours à l'ordre du jour.

Les symptômes de l'événtration diaphragmatique sont des plus divers. Parfois nuls, ou peu accusés, aucunement

en rapport avec la lésion. Dans d'autres cas, ils sont nets et augmentent progressivement. Ils peuvent au contraire, d'emblée, avoir une allure dramatique (comme chez le nourrisson).

Parmi ces symptômes, nous avons été parfois étonnés par l'intensité des manifestations cardio-pulmonaires, alors que l'on ne trouvait pas de lésion caractérisée.

L'examen radiologique a souvent fait faire le diagnostic.

Nous avons donc laissé de côté le syndrome digestif qui est très bien étudié dans de nombreuses thèses et communications.

Il nous a paru intéressant de faire la recherche des différents syndromes cardio-pulmonaires, que l'on pouvait observer chez les éventrés du diaphragme.

*
* *

Nous terminerons ce travail par une petite étude clinique (syndrome cardio-pulmonaire) de la distention diaphragmatique.

Certains auteurs considèrent la distention comme une forme d'événtration diaphragmatique; mais si elle en a souvent la même allure clinique, elle est différente anatomiquement.

En effet, dans la distention, le diaphragme n'est pas lésé (les fibres musculaires ne sont pas dégénérées, il n'y a pas de trouble d'innervation), mais simplement distension sous la pression de l'estomac ou du côlon dilaté.

Syndrome cardio-pulmonaire de l'éventration diaphragmatique chez le nourrisson

L'éventration diaphragmatique chez le nourrisson a été assez peu étudiée, les documents n'abondent pas et cependant elle se manifeste souvent par des symptômes cardiaques ou pulmonaires, nous allons essayer d'en résumer les différentes modalités cliniques.

Dans certains cas bénins, l'éventration peut passer inaperçue, ou ne comporter que peu de signes (troubles digestifs légers : vomissements après les tétées) chez les autres, les symptômes attirant l'attention, ne se produisent qu'à la suite d'une complication, d'une maladie intercurrente, telle que bronchite, broncho-pneumonie, etc...

Il en est ainsi dans l'observation de Clopton que Fatou relate dans sa thèse.

Il s'agit d'un enfant de quatorze mois atteint d'une broncho-pneumonie intercurrente qui fait découvrir le syndrome anormal de la base gauche, accompagné de dextrocardie. On crut à une pleurésie, pour laquelle on fit une pleurotomie avec résection costale, sans naturellement obtenir de

modification de ce qui était, en réalité une éventration congénitale du diaphragme.

Inutile d'insister sur les dangers des ponctions exploratrices dans ces cas.

Au contraire, dans les premiers mois de la vie, nous pouvons avoir d'emblée un syndrome clinique assez net. A l'examen, nous trouvons un thorax globuleux élargi, dilaté, contrastant avec un ventre rétracté. La dextrocardie sans inversion d'organe, est le signe capital qui peut nous mettre sur la voie du diagnostic. Le foie, normal, n'est pas déplacé. L'hémithorax gauche montre une hyper-sonorité marquée à la percussion, tandis que l'auscultation nous fait entendre des bruits de gargouillement.

Les signes fonctionnels cardio-pulmonaires, nettement prédominants surviennent le plus souvent par crises à la suite des tétées, et s'accompagnent de vomissements. Ils sont vraisemblablement dus à des phénomènes de compression cardio-pulmonaire.

La dyspnée est habituelle, elle peut être extrêmement vive, et l'asphyxie paraît imminente.

La cyanose qui traduit l'asphyxie s'accroît en même temps que la dyspnée. Le nourrisson bleuit brusquement, crie, s'agite et la teinte cyanique augmente. Puis, ce paroxysme peut se terminer par un état comateux avec écume sanguinolente, émission d'un peu d'urine. Il n'y a pas de convulsions.

La crise cesse brusquement, l'enfant reprend connaissance, la cyanose disparaît.

Dans d'autres cas, le syndrome asphyxique se termine par des crises convulsives, soit par des « convulsions internes » trahissant leur présence par des troubles du rythme respiratoire, soit par des crises généralisées.

Dans les formes graves, à la limite d'incompatibilité avec l'existence, l'enfant présente une cyanose permanente, bleu violacée, lie de vin, surtout marquée à la face et aux extrémités, elle s'accroît sous l'influence de la tétée, des cris, de la toux, et des efforts. Dans ces formes, la mort survient dans une crise de suffocation, dans un délai variable, trente-six jours d'après Stein, quatre mois pour Boulland.

L'éventration diaphragmatique du nourrisson peut encore se traduire par des crises asthmatiformes typiques.

Bien que ce ne soit pas très fréquent, j'en relaterai une observation due à l'obligeance du Docteur Chastel de Senlis.

Ces crises surviennent le plus souvent à la suite des tétées, et ce sont elles, qui, répétées provoquent quelquefois l'examen radiologique qui fait faire le diagnostic d'éventration.

A l'examen clinique pendant la crise, on note du tirage sous-sternal et sous-costal, les ailes du nez sont animées de battements, la respiration très accélérée, fait entendre un sifflement prédominant à l'expiration. La percussion est normale, parfois hyper-sonorité de la base gauche. A l'auscul-

tation, on entend toujours des râles ronflants et sibilants. Le pouls un peu irrégulier n'est pas très bien frappé.

En résumé, l'éventration congénitale du diaphragme quand elle se manifeste chez le nourrisson par un syndrome cardio-pulmonaire a assez souvent une allure dramatique : crise d'asthme, accès de suffocation et cyanose.

Syndrome cardiaque de l'éventration diaphragmatique chez l'adulte

Les troubles cardiaques, fort variables, sont dus le plus souvent à des phénomènes de compression, et l'aérophagie est souvent en cause.

La lésion la plus constante, qui attire l'attention et provoque l'examen radiologique est la *dextrocardie*, cette déviation du cœur à droite est presque constante dans les observations d'éventration diaphragmatique gauche.

Il ne s'agit pas, d'une dextrocardie par attraction, la masse du cœur étant refoulée dans l'hémithorax ; mais d'une rotation autour de son axe vasculaire, la base du cœur, en effet, conserve sa position normale, c'est la pointe seule qui décrit un demi-cercle, le cœur pivotant autour de l'axe des vaisseaux.

La pointe dans les cas moyens, se trouve en position médiane et juxta-xyphoïdienne, mais dans nombre d'observations, elle bat franchement à droite vers la ligne mamelonnaire (Jacquet).

Il n'est pas très rare de noter dans les observations que

certaines malades localisent eux-mêmes à droite, leurs battements de cœur (observation Louste et Fatou).

Ces malades viennent souvent vous consulter pour ~~des~~ palpitations, c'est un symptôme que l'on retrouve fréquemment, survenant de préférence après les repas, accompagné d'éruclations et de borborygmes intestinaux. En fouillant les antécédents, il n'est pas rare de constater, que dès l'enfance ils ont présenté de l'essoufflement facile et des palpitations de cœur dans l'hémithorax droit (dans une observation de Caussade et Fatou).

D'autres troubles fonctionnels sont encore assez fréquemment constatés, ce sont des lipothymies, et des vertiges. Il en est ainsi dans une de nos observations du service du Docteur Hautefeuille (Monsieur V...., 25 ans, est pris en mai 1925, après un repas assez copieux, de lipothymies, on doit le transporter à son domicile. Le lendemain en essayant de se lever, il est pris de vertige et de sensation d'oscillation en avant. Tout rentre dans l'ordre pendant trois ans. En mai 1928, il est pris de nouveau, et très fréquemment, d'éblouissements, de vertige, et de tendances syncopales, ce qui l'oblige à interrompre souvent son travail...)

Dans d'autres cas, ces lipothymies aboutissent à une syncope complète. Le pouls n'est plus perçu, le visage est pâle, cireux, la respiration est suspendue et on n'entend plus aucun bruit à l'auscultation de la région précordiale. Cependant ces syncopes graves sont rares, et on n'observe guère

que des tendances syncopales comme dans les cas que nous venons de relater.

L'arythmie extra-systolique a été notée par un certain nombre d'auteurs. Les malades viennent vous consulter pour les symptômes qui les inquiètent. Ils ne perçoivent plus, à la région précordiale de chocs réguliers traduisant leurs contractions cardiaques, mais ils ressentent à intervalles plus ou moins éloignés un choc précordial isolé, violent. Ces extra-systoles peuvent être isolées ou en salves. Parfois ces décharges d'extra-systoles, sont suivies d'une impression fugitive, de malaise, de vide dans la poitrine ou dans la tête, d'un petit vertige, d'un brouillard devant les yeux, ou encore d'une courte sensation de suffocation, d'une secousse de toux, ou encore d'un pincement douloureux à la région précordiale. voire même d'une sensation d'angoisse.

La gêne de l'appareil circulatoire peut encore se traduire par des troubles du rythme, autres que l'arythmie extra-systolique. On peut observer des crises de tachycardie paroxystique.

A la suite d'un repas copieux par exemple, le sujet est pris d'une sensation de constriction épigastrique ou thoracique, mais ces prodromes peuvent manquer et la crise débute brusquement, nous pouvons avoir différentes formes cliniques, soit la tachycardie paroxystique de Bouveret, dans laquelle l'auscultation fait entendre des bruits cardiaques extrêmement rapides mais réguliers, soit la tachy-arythmie com-

plète paroxystique. Nous en avons observé un cas que nous relaterons. Ces crises durent peu de temps, en général, et s'arrêtent brusquement, elles peuvent ne se produire qu'une fois, ou ne se reproduire que peu souvent.

Cependant la défaillance du myocarde peut survenir brusquement, et elle a été invoquée dans certaines observations comme cause de mort rapide ou subite.

Le phénomène le plus spécial est la crise d'angine de poitrine, à symptomatologie atténuée ou typique, on en observe tous les degrés.

La crise peut être unique, il en est ainsi d'un malade de Gutmann, qui fut un jour examiné d'urgence pour une grande crise d'angor qui fut la première et ne se renouvela pas.

La crise angineuse peut être légère, ne se révéler que par une gêne précordiale, d'autrefois ce sont des douleurs très vives, et quasi-syncopales survenant au cours, ou même au début du repas à l'occasion des premières déglutitions; mais le plus souvent elles se produisent à la fin du repas, ou dans les deux heures qui suivent. Elles sont précédées dans certains cas par un malaise indéfinissable, une douleur épigastrique, et terminés par des éructations ou du hoquet.

On ne voit qu'assez rarement la grande crise angineuse avec la violente douleur rétro-sternale avec irradiation brachiale. La tension artérielle n'est pas souvent très élevée.

L'examen physique montre l'absence fréquente des signes importants cardio-vasculaires.

La gêne de l'appareil circulatoire, augmentée à la suite de ces crises (soit de tachycardie paroxystique, soit d'angor, etc...) peut se traduire par des manifestations de l'insuffisance cardiaque.

Les manifestations graves sont rares, la défaillance brusque du myocarde pouvant causer la mort subite est exceptionnelle. L'œdème aigu du poumon n'est pas fréquent. Par contre, il nous faut citer le pseudo-asthme, survenant la nuit plutôt que le jour, débutant brusquement, tenant le sujet en inspiration forcée. Le malade a soif d'air, il se lève, court à la fenêtre, s'arc-boute pour mieux respirer. La crise dure peu.

A côté de ces manifestations graves qui sont exceptionnelles, les phénomènes de décompensation légère sont plus fréquents.

Ils pourront consister en un léger souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, et des symptômes des bases pulmonaires : une légère submatité, une diminution du murmure vésiculaire avec apparition de quelques râles fins aux bases, et une légère réaction liquidienne, de la plèvre. On peut encore noter une légère dyspnée.

En résumé, dans ce syndrome cardiaque, la dextrocardie est la lésion capitale ; les tendances syncopales, l'arythmie extra-systolique, l'angor sont assez fréquentes. Quant aux crises de pseudo-asthme, et l'insuffisance cardiaque, ils sont bien rares.

Syndrome pulmonaire de l'éventration diaphragmatique chez l'adulte

Les malades atteints d'éventration du diaphragme sont très fragiles au point de vue pulmonaire au même titre que les gibbeux par exemple; c'est pourquoi le type clinique pleuro-pulmonaire se rencontre souvent.

Les signes fonctionnels sont donc très nombreux, mais la dyspnée est de beaucoup le plus fréquent. Elle peut être continue ou subcontinue, généralement paroxystique, et autre fait capital, cette dyspnée paroxystique succède aux repas; elle est d'autant plus forte que le repas a été plus copieux.

Les aliments liquides, et surtout les boissons gazeuses prises en assez grande quantité augmentent nettement cette dyspnée. C'est la quantité et non la qualité des aliments qui influe.

Cette gêne respiratoire augmente aussi avec la position du malade. Il est certain que le décubitus a une influence favorable sur la terminaison de la crise et écourte sa durée.

Ces malades, à gêne respiratoire subcontinue, à type paroxystique rentrent dans les cas banaux et fréquents des « aérophagiques dyspnéiques ».

Il en est ainsi du cas classique de Carnot et Friedel. Ce malade souffrait de crises de suffocation en rapport avec son mégacôlon, après la prise d'aliment.

Cette gêne respiratoire si spéciale peut très bien ne pas exister, et le sujet peut n'accuser que différents troubles légers, qui, par leur répétition ou leur durée finissent par les inquiéter et les inciter à venir consulter. Ce sera, soit une toux sèche, survenant par quintes, une grande facilité des rhumes. Ce sera plus souvent des points de côté, des douleurs thoraciques très vives qui « coupent la respiration », pouvant s'accompagner de lipothymies. Leur topographie est extrêmement variable : entre les épaules, sous le sein, à la pointe de l'omoplate.

L'aérophagie dans ces cas doit encore être mise en cause. Ces signes fonctionnels sont donc extrêmement variables, ils peuvent être très légers, ou ne pas exister.

Chez ces malades à signes fonctionnels pulmonaires, quels sont les signes physiques que nous allons trouver ?

A l'examen, nous remarquerons un signe assez constant, la base de l'hémithorax du côté lésé est dilatée, élargie, ce qui contraste avec le ventre rétracté.

Comme Fatou, nous pensons que cette dilatation tient vraisemblablement à l'action des muscles respiratoires externes non contrebalancée par le diaphragme déficient et à la pression des viscères digestifs en ectopie, dilatation gastrique et colique.

Comme conséquence de cette dilatation permanente, on note la faiblesse de l'ampliation thoracique du côté lésé.

Ces faits ainsi que les phénomènes de compression expliquent pourquoi les bronchites ne sont pas rares; l'emphysème pourra se trouver chez ces éventrés du diaphragme, comme il se voit chez les gibbeux.

Il est encore noté, mais comme signe inconstant une légère scoliose à convexité droite.

Nous avons bien des fois remarqué, en étudiant les observations, que nombre de malades viennent consulter parce qu'ils toussent et crachent depuis de nombreux mois et qu'ils ont maigri de façon notable, il peut même se produire une ou plusieurs hémophysies légères, tel est le cas d'une malade d'une de nos observations. On trouve à l'examen par exemple, une légère submatité, une diminution du murmure vésiculaire. A la radio, on trouve une diminution de transparence du sommet, ou quelques ombres hilaires assez marquées.

L'examen des crachats montrera la présence de B. K ou son absence.

On aura donc assez fréquemment un tableau clinique simulant la tuberculose pulmonaire, et quelquefois même il y a coexistence d'éventration et de tuberculose.

La crise d'asthme est encore un syndrome pulmonaire signalé, elle peut présenter l'allure clinique typique.

Nous savons que la sclérose pulmonaire est assez fré-

quente dans l'éventration du diaphragme, c'est un terrain tout préparé pour la crise d'asthme.

La fréquence des déséquilibres vago-sympathique chez nos malades permet aussi d'expliquer la possibilité des crises asthmatiformes.

La crise se produit plutôt le lendemain d'un repas plus abondant qu'à l'ordinaire, et de préférence la nuit.

L'accès est souvent annoncé le soir qui précède par une sensation de flatulence, et par un peu d'oppression.

Le malade se réveille la nuit après quelques heures de sommeil tranquille, il manque d'air, devient de plus en plus anhélant, le visage cyanosé est couvert de sueur ; la dyspnée est intense, l'expiration est prolongée, bruyante ; l'inspiration courte. L'accès dure une demi heure, deux heures et plus parfois.

Cette crise typique n'est pas très fréquente, on voit le plus souvent des formes larvées.

D'autres syndromes simulant des affections pleuro-pulmonaire sont d'observation courante.

Ainsi nous pouvons avoir un cas clinique comme le suivant :

Absence d'amplitude respiratoire du côté gauche ;

Immobilisation costale ;

Matité de la base ;

Vibrations vocales abolies ou très diminuées ;

Absence de murmure vésiculaire.

Ce tableau simule une pleurésie de la base gauche, c'est dans ces cas que trompés par cet ensemble quelques médecins ont été amenés à faire des ponctions exploratrices, qui pénétrant dans le milieu septique de l'estomac expose à de gros dangers d'infection.

Nous pouvons aussi observer des sujets dont la symptomatologie locale est plus particulière. C'est ainsi que l'on peut avoir un *syndrome cavitaire restreint* de la base gauche :

- Vibrations vocales augmentées ;
- Son tympanique à la percussion ;
- Souffle caverneux ;
- Râles à grosses bulles ;
- Retentissement de la toux.

C'est ce qui se produit quand la poche gazeuse gastrique est peu volumineuse. Ce syndrome est assez rare. En général la poche gazeuse est plus volumineuse, le syndrome clinique est celui du pneumothorax, et l'erreur est classique.

L'espace de Traube prend une sonorité tympanique extrêmement accusée, à consonance spéciale. Cette sonorité remonte très haut, atteignant, dépassant même le mamelon, parfois jusqu'au 2^e espace intercostal.

On obtient sur la verticale axillaire un tympanisme révélant la présence du côlon en ectopie.

La palpation fait constater la disparition des vibrations vocales.

A l'auscultation, on entend des bruits bulleux à timbre métallique; le bruit d'airain.

Tantôt le syndrome clinique se complète et nous avons tous les signes d'un syndrome hydro aérique. Le malade lui-même a souvent remarqué des bruits de glou-glou haut situés dans l'hémithorax gauche; ils surviennent à l'occasion des mouvements ou sont rythmés par la respiration, par les bruits du cœur (Cade et Montal).

La succession hippocratique, fait entendre un bruit de flot. Dans ces cas naturellement le liquide avait révélé sa présence à la base par de la matité.

La caractéristique de ces faux pneumothorax, c'est qu'ils présentent leur maximum de netteté dans les heures qui suivent les repas. Ce qui est extrêmement important, c'est que ces signes changent d'un moment à l'autre de la journée selon que l'estomac est gonflé de gaz, plus ou moins rempli de liquide, ou vide; selon que le côlon est ou n'est pas en ectopie. Ces faux pneumothorax, d'origine gastrique ont été bien étudiés dans la thèse de Roux et dans celle de Martial.

Nous venons donc de voir que le syndrome pleuro-pulmonaire de l'éventration diaphragmatique à une symptomatologie riche et variée; la dyspnée en est le signe capital. L'estomac distendu fait simuler la pleurésie, et le pneumothorax.

Mais il ne faut pas oublier que la gêne cardio-pulmonaire, mettant le poumon en état de moindre résistance contre les infections, peut être la cause de véritables complications pleuro-pulmonaire.

La distention diaphragmatique

Cette question a été très bien étudiée par Gutmann, et comme lui, nous en faisons un groupe à part, ne la considérant pas comme une forme larvée d'éventration diaphragmatique.

Chez les aérophages, l'estomac est souvent ptosé et atone ; pour que la distension du diaphragme se produise chez ces malades, il faut un ensemble de conditions spéciales. L'estomac doit être hypertonique pour expulser et maintenir l'air vers le haut.

C'est ce qui explique que la poche à air n'a pas besoin d'être de dimensions considérables pour donner des signes fonctionnels très marqués.

Ce qui fait la distinction avec l'éventration, c'est que le diaphragme n'est ni paralysé, ni dégénéré. A la radio, on voit bien que le diaphragme conserve toute sa tonicité, qu'il est simplement gêné dans son abaissement inspiratoire ; aussi nous pourrons voir à l'inspiration forcée sa coupole appuyer sur la poche à air gastrique, y dessiner en haut une dénivellation signe important qui lorsqu'il existe, montre bien l'intégrité fonctionnelle du muscle.

Mais dans certains cas, lorsque la poche à air devient volumineuse, pressée d'en bas par un estomac contracté, refoulant très haut la coupole diaphragmatique, le diagnostic est bien difficile, la distension simulant de très près l'événtration.

C'est d'autant plus difficile que les signes fonctionnels cardio-pulmonaires sont bien souvent les mêmes.

Aussi allons-nous retrouver tous les syndromes cardiaques et pulmonaires, étudiés dans l'événtration, et qui sont dus au syndrome de compression gazeuse (Gutmann). La dyspnée paroxystique fréquente, les états lipothymiques et syncopaux, l'accès d'asthme, les crises typiques d'angine de poitrine. Il est cependant intéressant d'établir un parallélisme entre l'événtration et la distension.

Dans l'événtration, les désordres anatomiques sont très marqués, la symptomatologie souvent fruste.

Dans la distension, l'allure clinique est souvent dramatique, s'opposant au peu de lésions anatomiques.

Observations

OBSERVATION I

Due à l'obligeance du Docteur CHASTEL de Senlis

Enfant né à terme, accouchement simple; suites normales.

Les quatre premiers mois de son existence ne sont marqués par aucun phénomène pathologique à l'exception de crises légères et éphémères d'entérite observées par la maman.

Au début du 5^e mois, l'enfant présente parfois un peu de dyspnée; appelé à l'ausculter un matin qui suit une nuit d'oppression et de toux, je trouve l'enfant calmé et l'auscultation révèle sans plus quelques sibilants comme à la fin d'une crise d'asthme.

Quinze jours plus tard, je suis mandé d'urgence « parce que l'enfant suffoque » sa respiration paraît en effet « bloquée », la face est cyanosée et ponctuée ainsi que le cou de pétéchies nombreuses; l'examen de la gorge et de l'arrière-gorge ne révèle aucun obstacle, l'auscultation donne les signes d'œdème du poumon.

A l'examen du soir, l'attention est attirée par le fait que

la région précordiale donne à la percussion une sonorité anormale; l'auscultation immédiatement consécutive ne permet pas d'entendre les bruits du cœur.

Le lendemain, les examens successifs permettront d'enregistrer des alternances de signes d'œdème pulmonaire et de liberté respiratoire d'une part, des alternances de disparition et de réapparition des bruits du cœur.

L'obstacle médiastinal qui provoque ces crises angoissantes et émouvantes, est donc intermittente.

L'examen radiographique des appareils circulatoire et respiratoire aussi bien que du médiastin ne révèlent rien de significatif; des images claires en chapelet sont cependant enregistrées dans la région précordiale. Un lavement opaque pratiqué à deux reprises, montre du côté gauche une éversion diaphragmatique permettant le passage de l'angle splénique du côlon entraîné dans tout l'espace médiastinal jusqu'à sa région supérieure.

Les phénomènes cliniques observés sont ainsi parfaitement éclairés, ainsi qu'un signe enregistré à la palpation d'autant plus facilement que la coupole diaphragmatique permet un passage très aisé de l'intestin et se traduisant par un bruit de gargouillement. L'enfant peut même provoquer la crise par une colère et l'on enregistre alors successivement pendant que la dyspnée s'installe les signes objectifs suivants.

Gargouillement sous la main dans l'hypocondre gauche.

Disparition des signes de percussion et d'auscultation révélant l'emplacement du cœur et ses battements.

Apparition des signes d'œdème du poumon.

Cyanose du visage.

Au cours de ces événements, MM. les Docteurs Félix Terrien et Desmarest ont été appelés en consultation ; ils ont éclairé certaines ombres du diagnostic et n'ont pu que laisser espérer l'éventualité d'une intervention au cours de la seconde enfance.

Les examens radiographiques ont été confiés à deux radiologues distingués que sont MM. Lepennetier, de Paris et Berry, de Senlis.

Les crises ci-dessus esquissées, suivant un rythme qui s'espace durant les mois qui suivent et avec une acuité moins marquée, souvent commandées par les étapes digestives, permettent malaisément le développement de l'enfant qui ne peut s'alimenter que fort légèrement.

A dix-sept mois, au cours d'une pneumopathie aiguë, d'origine grippale, l'enfant est rapidement emporté dans une crise d'asphyxie.

OBSERVATION II

HAASE

Enfant, sexe masculin, treize mois, présentant de la dyspnée depuis six mois. Antécédents pathologiques : pneumonie à neuf mois ; troubles dysphagiques récents.

A l'examen : Dextrocardie, aérophagie, début de sco-

liose. Radio : diaphragme gauche, haut situé, presque sous la clavicule. Dans l'hémithorax gauche : estomac et au-dessus intestin, principalement l'angle splénique du côlon très dilaté (mégacôlon peut-être). Cœur rejeté à droite au dépens du poumon droit.

OBSERVATION III

Service du Docteur HAUTEFEUILLE, Hôtel-Dieu, Amiens -

V..., 25 ans, tisseur, n'a aucun antécédent. Mobilisé, n'a éprouvé pendant la guerre que de la dyspnée d'effort, du ballonnement du ventre après les repas.

En mai 1925, après un repas copieux, il est pris de lipothymies, on doit le transporter à son domicile. Le lendemain en essayant de se lever, il est pris de vertige et de sensation d'oscillation en avant. Tout rentre dans l'ordre pendant trois ans.

En mai 1928, il est pris de nouveau et très fréquemment d'éblouissements, de vertige, et de tendances syncopales, ce qui l'oblige à interrompre souvent son travail.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, en décembre 1928, il accuse toujours les sensations de faiblesse subite avec déroboement des jambes et tendance à la chute en avant.

L'examen des différents organes décèle peu de choses. Les bruits du cœur sont normaux, mais la pointe est légèrement déviée à droite. La tension est de 15-8. Il n'y a ni sucre, ni albumine. L'examen du système nerveux central indique

des réflexes un peu vifs, pas d'Argyll, pas de Romberg, ni d'ataxie.

Au point de vue sensoriel M. Labarrière ne trouve aucune lésion de l'oreille; M. Godechoux aucune lésion oculaire. Le Wassermann est négatif. Comme signes gastriques, le malade accuse seulement un peu de ballonnement et d'éruptions après le repas.

L'examen radioscopique est très particulier.

Le diaphragme gauche est très élevé et remonte très haut dans le thorax. Il forme un liseré très mince et peu visible. Le diaphragme droit est normal. La poche supérieure juxta-cardiaque est très dilatée, la partie pylorique est étirée verticalement en entonnoir et très remontée. La grande courbure est devenue la partie culminante de l'estomac, elle est distendue par une grosse poche à air.

En position un peu oblique, on voit deux poches, une cardiaque et une pylorique juxtaposées sous le diaphragme.

L'angle splénique du côlon apparaît sous forme d'une troisième poche gazeuse à gauche de l'estomac. Le cœur est très refoulé à droite.

L'étude des mouvements respiratoires montre que les deux héli-diaphragmes fonctionnent simultanément dans le même sens, mais les mouvements du côté gauche sont très minimes, on n'observe donc pas de mouvement de bascule de Kienbock.

OBSERVATION IV

FATOU & LAURENT, 1922

H..., 61 ans. Dyspnée, bronchite; rétraction de l'hémi-thorax droit; scoliose à convexité droite; tympanisme de l'hypocondre gauche. Dextrocardie sans inversion d'organes.

Confirmation par radio, montrant l'ascension du diaphragme gauche à la 3^e côte.

Accentuation de la congestion pulmonaire, mort rapide.

Diagnostic confirmé à l'autopsie.

OBSERVATION V

Observation du service du Professeur VAQUEZ, 1924

(in thèse de Fatou)

H..., 55 ans, hospitalisé pour faiblesse générale, dyspnée d'effort, bronchite chronique.

Neuf mois auparavant, hématomèse abondante de sang rouge, précédée d'une période de douleurs gastriques tardives, transfixiantes.

L'examen du cœur montre l'abaissement et la déviation en dedans de la pointe, qui bat entre l'appendice xyphoïde et le mamelon gauche; ébranlant toute la région. Bruit de galop.

L'examen du poumon révèle de l'emphysème et des râ-

les de bronchite disséminés. Le malade se plaint de crises de dyspnée nocturne à type asthmatiforme.

A la base gauche, matité avec abolition des vibrations, diminution du murmure vésiculaire. Pas d'égophonie, ni de pectoriloquie, pas de souffle.

A la radioscopie : éventration typique du diaphragme gauche, surélevé de 7 cm. au-dessus du diaphragme droit.

Mobilité diaphragmatique d'amplitude et de sens normal. Cœur médian, gros cœur rond avec aortite et hypertrophie du ventricule gauche.

OBSERVATION VI

KIENBOCK, 1913

H..., 35 ans. A l'âge de 8 à 9 ans, palpitations, dyspnée d'effort; à 15 ans, crachements de sang, à 17 ans, visite militaire, dextrocardie; à 25 ans, chute grave.

Depuis sept ans, douleurs d'estomac survenant une demi heure après les repas, vomissements, amaigrissement.

Tympanisme remontant au 3^e espace intercostal gauche.

Radioscopie. — Eventration diaphragmatique gauche. Dextrocardie. Estomac anormalement dilaté.

OBSERVATION VII

BELTZ

H..., 70 ans. Troubles gastriques, douleurs de l'hémi-

thorax gauche faisant songer à un cancer gastrique. Dyspnée et palpitations de cœur.

Radio : cœur dévié à droite. Coupole diaphragmatique gauche surélevée, mouvements respiratoires de sens normal, mais diminués du côté gauche. Deuxième ligne courbe sous-jacente : coupole gastrique.

L'insufflation après sondage fait coïncider ces deux lignes.

OBSERVATION VIII

M..., 45 ans. Douleurs, dyspnée d'effort, entrecoupées de crises graves d'étouffement, avec cyanose et toux, faisant penser à un pneumothorax ou une pleurésie soudaine.

Radiologiquement : ligne courbe distincte, surmontant l'estomac très distendu, correspondant au diaphragme gauche aminci.

Absence de mouvements respiratoires actifs : jeu paradoxal pendant la respiration.

OBSERVATION IX

WOOD, 1916

F..., 18 ans. Chute grave à l'âge de sept ans. Fièvre typhoïde à dix ans. Dyspepsie chronique, gonflement abdominal, éructations.

Palpitations et dyspnée.

Cliniquement : dextrocardie, légère scoliose, tympanisme sous-mamelonnaire gauche.

Confirmation radiologique.

OBSERVATION X

FATOU & LAFOURCADE, 1922

H..., 44 ans, sans antécédents traumatiques ou infectieux. Mais dès l'enfance, essoufflement et palpitations de cœur dans l'hémithorax droit.

Dyspnée, bronchite chronique, considéré comme tuberculeux à plusieurs reprises et réformé comme tel.

Troubles digestifs s'accroissant depuis sept à huit ans. vomissements fractionnés après les repas, amaigrissement. Actuellement (février 1922) ventre plat, jeu respiratoire costal symétrique, pas de scoliose Bronchite bilatérale. Pas de bacilles dans les crachats. Matité cardiaque débordant à droite de 7 cm. la ligne médiane. Pas de pointe à la palpation. Dextrocardie sans inversion d'organes. Sonorité gastrique sous le mamelon gauche. Tympanisme de l'aisselle gauche.

Respiration affaiblie de la base gauche, en arrière et dans l'aisselle. Bruits gastriques dans l'auscultation à ce niveau.

Radioscopie confirme le diagnostic d'événtration. Dextrocardie, poche à air gastrique et colique sous une ligne ar-

quée partageant l'hémithorax à la hauteur de la base du cœur (3^e côte gauche).

Mouvements respiratoires de sens normal. Bon fonctionnement gastrique, malgré renversement de l'estomac, grande courbure en haut.

Opération. Laparotomie suivie de thoracotomie, abaissement du côlon, splénectomie, plicature du diaphragme. Mort trois jours après.

Autopsie : confirmation du diagnostic. Cœur médian. A gauche, coupole diaphragmatique bombant dans le 2^e espace. Diaphragme aminci, fibres musculaires remplacées par des travées graisseuses, nerf phrénique mince.

L'estomac dilaté bombe sous la coupole diaphragmatique.

OBSERVATION XI

SAVY, 1925

H..., 59 ans. Hospitalisé pour troubles respiratoires et gastriques, datant d'une congestion pulmonaire six mois auparavant.

Toux, amaigrissement, perte de l'appétit, douleurs en broche, qui obligent le malade à se coucher et cèdent aux applications chaudes. Ni vomissements ni hématéme.

A l'examen, tuberculose cavitaire du sommet gauche, dextrocardie légère, douleurs à la pression épigastrique.

A la base gauche, à jeun, légère diminution de la sono-

rité et obscurité respiratoire, mais après les repas, signes d'hydro-pneumothorax.

Mort de cachexie un an après son entrée.

Autopsie complète : éventration diaphragmatique gauche. Nerf phrénique gauche intact. Pas d'adhérences des bases aux diaphragmes. Diaphragme gauche dégénéré, vestiges de fibres musculaires à la périphérie seulement. Quelques manchons inflammatoires péri-vasculaires.

OBSERVATION XII

C. LIAN (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, Mars 1922)

M... se présente à ma consultation pour des palpitations, des lipothymies fréquentes.

Dextrocardie. L'examen radioscopique montre l'ascension considérable de l'hémi-diaphragme gauche jusqu'au tiers supérieur de l'hémithorax. La coupole diaphragmatique était soulevée par l'estomac et l'angle colique gauche. Il n'y avait pas de mégacôlon.

Les troubles digestifs consistaient en éructations, pesanteurs gastriques et constipation.

Les divers troubles fonctionnels furent améliorés par un traitement médical, puis la malade fut perdue de vue.

OBSERVATION XIII

MARX, 1913

A..., 40 ans. Dysphagie depuis plusieurs années. Dex-

trocardie. Souffle et obscurité respiratoire à la base gauche. Ampliation normale.

Examen œsophagoscopique à 30 cm.; rétrécissement extrinsèque par aplatissement de l'œsophage.

Examen radiographique arc divisant la cage thoracique gauche en deux étages à la hauteur de la 2^e côte sternale. Image typique d'éventration.

OBSERVATION XIV (*Inédite*)

Service du Docteur HAUTEFEUILLE, Hôtel-Dieu, Amiens

Madame G..., 42 ans. Antécédents : depuis l'enfance, dyspnée d'effort, palpitations, localise à droite ses battements de cœur, vient nous consulter en avril 1927.

Depuis deux ans, elle tousse et expectore abondamment elle a fait de fréquentes bronchites.

Depuis six mois, elle est prise de crises angineuses typiques. Douleurs rétro-sternales vives, avec sensation de striction laryngée. Pas d'irradiation brachiale. Ces crises deviennent plus fréquentes.

A l'examen : Aux poumons, quelques râles muqueux après la toux sous la clavicule droite, quelques sibilants et ronflants à gauche.

La pointe du cœur bat un peu à droite du sternum. La dextrocardie est nette. A l'auscultation, retentissement clangoreux du 2^e bruit aortique.

Pouls régulier, très ample à 70. T. A. Pachon. 18-9.

Radiologiquement. Le diagnostic d'événtration diaphragmatique est confirmé. Cœur à droite, poche à air thoracique; l'hémi-diaphragme gauche à 10 cm. de surélévation, aux poumons ombres hilaires droites assez développées.

OBSERVATION XV

CADE, 1919

H..., 45 ans. Début syncopal. Malaises rétro-sternal. Palpitations de cœur, dyspnée d'effort, gêne post-prandiale. Arythmie extra-systolique, frottements de la base droite.

La radio révèle une lésion imprévue : ectopie partielle intra-thoracique de l'estomac. Chambre à air volumineuse remontant à 3 cm. au-dessus du mamelon gauche, à la hauteur de la base du cœur rejetée en masse vers la droite.

Après les repas, syndrome de pseudo-hydro-pneumo-thorax.

OBSERVATION XVI

HANS & SCHAAFF, 1922

F..., 40 ans. A plusieurs reprises, violentes crises douloureuses à la base de l'hémithorax gauche. On pensa à une pleurésie en raison de la matité à la partie inférieure du poumon gauche.

Radioscopie : ascension de l'hémi-diaphragme gauche qui remonte à la 3^e côte, mais qui est régulièrement arrondi et normalement mobile. Aucun signe de lésion pulmonaire ou pleurale. Cœur refoulé à droite. Estomac attiré vers le haut.

OBSERVATION XVII (*Inédite*)

Service du Docteur HAUTEFEUILLE, Amiens

M. H..., 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, en mars 1930. Antécédents : palpitations, dyspnée d'effort, localise à droite ses battements de cœur.

Il y a deux mois, il fut pris après une promenade en bicyclette, d'une crise de tachycardie, de sensation assez pénible, qui l'obligea à se coucher. Cette crise dura une demi-heure, puis brusquement, comme à la suite « d'un déclic », tout rentre dans l'ordre. A la suite de cette crise et la journée suivante il se sentit très fatigué. Depuis, il fut pris fréquemment dit-il, de quelques « chocs cardiaques » et il remarqua lui-même que pendant ces chocs, son pouls était irrégulier.

Pendant son séjour à l'hôpital, il fut pris d'une crise de tachyarythmie avec tendances syncopales et polyurie. Cette crise dura une demi-heure. T. A. Pachon 15-0. Pouls : 130.

Radioscopie. Cœur à droite. Pas de dilatation de l'aorte. L'éventration diaphragmatique gauche est nette.

Le malade sort de l'hôpital quinze jours après et nous l'avons perdu de vue depuis.

OBSERVATION XVIII

CORONE & DEBAT, 1924

A..., 44 ans, cultivateur, se plaignant d'une petite toux rebelle et d'essoufflement à l'effort. Très bon appétit, légère constipation. Mais ballonnement après les repas, aérophagie avec éructations, aérocolie avec borborygmes. Bon état général, embonpoint notable.

Passé pulmonaire (fréquentes bronchites depuis l'âge de quinze ans). « Dilatation d'estomac » depuis quelques années.

A l'examen des poumons, respiration emphysémateuse à droite. A gauche, sonorité emphysémateuse sous la clavicule, au-dessous espace de Traube tympanique aggrandi, submatité dans l'aisselle, avec à l'auscultation, obscurité respiratoire et perception de gros bruits hydro-aériques.

En arrière, syndrome pleurétique de la base gauche (submatité, abolition du murmure vésiculaire et des vibrations).

Pointe de cœur déviée à droite vers l'appendice xyphoïde. Abdomen météorisé, sonorité gastrique remontant à deux travers de doigt au-dessus du mamelon gauche. Aérophagie manifeste avec tics de déglutition à vide.

Radioscopie confirme la surélévation du diaphragme jusqu'au point G. du cœur coupole régulière, incursion réduite. Grosse poche à air gastrique. Estomac haut situé, duodénum étiré. Gros cœur repoussé à droite.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance du Docteur HAUTEFEUILLE

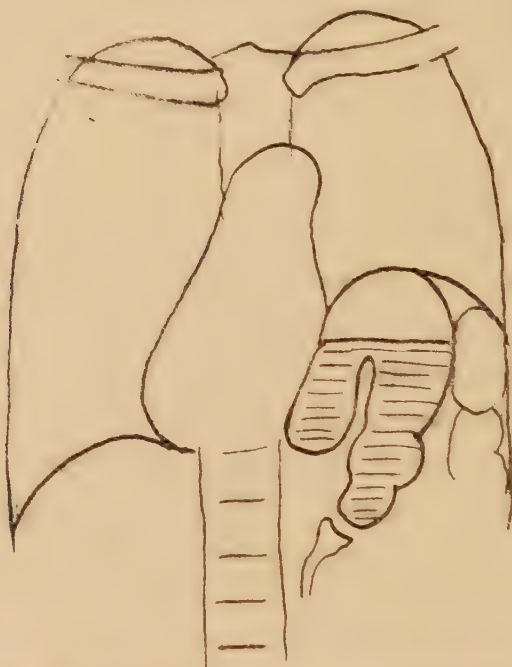


Schéma de l'observation XIX (D^r HAUTEFEUILLE)

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui m'est adressée par le Docteur Ducellier d'Albert pour examen radioscopique des poumons. Elle a maigri un peu depuis quelques mois et a fait une petite hémoptysie.

Elle n'accuse que quelques troubles dyspeptiques légers, un peu de gêne dans le côté gauche.

A l'auscultation, je constate seulement un peu de diminution du murmure à la base gauche.

A l'examen radioscopique, je retrouve un hémidiaphragme gauche très élevé limité par une ligne très mince peu apparente, l'aspect de l'estomac en deux poches recouvertes par une grosse poche à air et une bulle gazeuse colique externe. Le pylore est très surélevé; le duodénum est vertical. Le cœur est refoulé vers la droite.

Les poumons ne présentent pas de lésion apparente; on observe seulement une transparence un peu moindre du côté gauche.

L'examen des crachats chez cette malade fut négatif.

Conclusions

En présence de troubles cardio-pulmonaires, assez nets et variés, mal expliqués, ne faisant pas leurs preuves, ne correspondant pas à une lésion bien caractérisée, et quand ces troubles sont influencés par les repas surtout copieux, on devra penser à l'éventration du diaphragme.

Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen radiologique.

Les troubles cardio-pulmonaires revêtent souvent chez le nourrisson, une allure dramatique, dyspnée extrêmement vive pouvant aboutir à un syndrome asphyxique, suivi ou non de convulsions. La crise d'asthme n'est pas rare.

Chez l'adulte, les signes fonctionnels peuvent avoir tous **les degrés, nuls, peu accusés**, ou au contraire assez nets.

Les troubles paraissent généralement conditionnés par la dextrocardie qui en est la lésion capitale bien qu'elle puisse être minime parfois.

Les palpitations, les tendances syncopales, les crises d'angor sont les troubles cardiaques les plus fréquemment signalés, ils peuvent aboutir à l'insuffisance cardiaque.

Le syndrome pulmonaire est le plus riche ; la gêne res-

piratoire continue ou paroxystique est fréquente, les bronchites, les congestions pulmonaires, la crise d'asthme, sont signalés dans les observations, mais les faits les plus intéressants sont tous les syndromes simulant les pleurésies ou le pneumothorax.

Les faux pneumothorax, d'origine digestive, ont déjà été bien étudiés dans la littérature médicale.

Le pronostic de l'éventration dépendra du degré d'atrophie musculaire. Lorsqu'elle résulte d'une névrite du phrénique, on peut supposer qu'une régénération des fibres nerveuses peut se produire, et que la guérison s'en suivra.

Mais dans les cas graves, donnant un syndrome clinique, extrêmement sérieux, le traitement chirurgical par plicature du diaphragme doit être envisagé.

Dans les cas bénins où la dégénérescence du diaphragme n'est pas complète, il serait intéressant d'essayer un traitement par la gymnastique respiratoire avec la bouteille de Pescher. Son efficacité devra être contrôlée sous l'écran.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- BARD. — Le mégadiaphragme (*Annales de Médecine*, Juillet 1924).
- BAYNE JONES. — Eventration of the diaphragm (*The Archives of Intern. Med.* Vol. XVII, 1916, pp. 2, 1-237).
- BEHRENTOTH. — Über Zerchefellahmung Wolkmann (*Klin. Vortier innere Med.* 199 H. 3, N° 205).
- BELTZ. — Eventration diaphragmatique Med. Klen., 1907, p. 419.
- BLAXLAND LEVICK. — Petit's éventration diaphragmatica (*Proceedings of the Royal Soc. of médical July*, 1927, p. 1.319).
- BOUCHUT et FRANCOLIN. — Archives de l'appareil digestif (Janvier 1922, p. 9). La parésie de l'hémi-diaphragme gauche.
- CAUSSADE et FATOU. — Etude anatomique de deux cas d'év. diaph. gauche diagnostiqués cliniquement (Soc. Med. des Hôp., N° 6, Février 1928).
- CAUSSADE et FATOU. — Un cas d'éventration diaphragmatique découverte radiologiquement chez un tuberculeux pulmonaire (*Arch. med. et chir. de l'appareil respiratoire*, tome IV, septembre 1929, N° 5).

- CLOPTON. — Eventration of the diaphrag. (*Annals of Surgery*, LXXXVIII, Août 1923, N° 2, p. 154).
- DELEIXHE. — Deux cas d'éventration diaphragmatique (*Liège Med.*, 24 juillet 1927, n° 30, p. 609).
- DOERING. — Uber eventratio diaphragmatica (*Deutches arch. fur Klin. Med.*, 1902, bd. 72, p. 407).
- DUBUS, MERLIN et TIPREZ. — Un cas d'éventration diaphragmatique (*Echo Médical du Nord*, 1922).
- P. DUVAL et QUESNU. — Eventration diaphrag. gauche. Plicature et fixation du diaphragme par voie thoraco-abdominale (*Bull. et M. Soc. des Chir.*, 1924 Tome L, N° 5, p. 178).
- FATOU. — Un cas d'éventration diaphragmatique (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1922, n° 2, pp. 98-177).
- FATOU et LAFOURCADE. — Un cas d'év. diaph. Diagnostic clinique et radiologique soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, n° 11, 30 mars 1922.
- FATOU et LAFOURCADE. — L'éventration diaphragmatique, étude clinique et opératoire. *Journ. de Chir.*, Juillet 1924.
- FATOU et LUCY. — Etude fonctionnelle de l'estomac et du diaphragme dans l'éventration diaphragmatique. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Juin 1923, pp. 556 à 581.
- FATOU et QUESNU. — L'éventration diaphragmatique. Etude

clinique et opératoire (*Journal de Chir.*, Juillet 1924).

FATOU, LUCY et PRÉVOST. — Un cas d'éventration diaphragmatique droite. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 1927.

H. FISCHER. — Relaxation of the diaphragm. (*Acad. Med. section of surgery Medical record*, 86, p. 653, 1914).

GLASER. — Uber éventration diaphragmatica (*Deutches Arch. f. klin. Med.*, 1903, Bd. 78).

GLASSNER. — Uber éventration diaphragmatica. *Munch. med. woch.*, 1916, Tome 63, p. 19.

HANNS et SCHAAFF. — Un cas d'éventration du diaphragme (*Gazette méd. de Strasbourg*, Avril 1922, N° 4).

HAUTEFEUILLE. — L'éventration diaphragmatique (*Gazette médicale de Picardie*, 1930).

HAUTEFEUILLE et MONTPROFIT. — Dilatation aiguë de l'estomac après thoracentèse pour pleurésie purulente (*Arch. app. digestif*, 1915).

HESS. — Eventration diaphragmatique (*Deutsch. Med. Wach.*, 1916, p. 1.990).

HOFFMANN. — Eventration diaphragmatique (*Munch. med. woch.*, 1907, p. 112).

P. JACQUET. — L'éventration diaphragmatique (*Paris Méd.*, N° 142, Avril 1927).

JULHIEN MICHEL. — Les troubles digestifs dans l'éventration diaphragmatique. — Leurs raisons anatomiques

- (Thèse, 1928). Librairie Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.
- KIENBOCK. — Eventration diaphragmatique. T. LX, N° 40, 7 octobre 1913, pp. 2.219-2.220. Fortschritte d. Geb der Rontgenstrahlen 1914, fasc. 3 et 4.
- LE WALD, LEON T. — Syndrome digestif de l'éventration et de la hernie diaphragmatique (*Radiology aug.*, 1924 Vol. III, Nr 2 S 91, 104).
- LEGAY G. — Signes pleuro-pulmonaires des hernies diaphragmatiques (Thèse, Paris, 1920).
- LORD. — Eventration du diaphragme. Quatre cas (*Archiv. Surg.*, Janvier 1927, pp. 316-332).
- LUTZE. — Eventration diaphragmatique (*Deutsch. med. Woch.* 1908, N° 1.622).
- LOUSTE et FATOU. — Un cas d'éventration diaphragmatique (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1922, N° 2, p. 98).
- LUCY A. — Diagnostic radiologique de l'éventration diaphragmatique (Thèse, Paris, 1922).
- MANGES et WESSLER. — Eventration of the diaphragm. (*New-York Medical Journ.*, 24 octobre 1914).
- PALMERI. — La respiration paradoxale, sa valeur comme signe différentiel entre la hernie et l'éventration diaph. *Bull. delle Scienze Médiche*, Bologne, Novembre, 357-361.
- PAPILLON et PICHON. — Eventration diaphragmatique droite

- chez le nourrisson. Autopsie. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 25 avril 1922, p. 13.
- PREVOST. — L'éventration diaphragmatique droite essai pathologique et clinique (*Thèse*, Paris, 1927, N° 278, Vigné, éditeur).
- PRON. — Respiration et organes digestifs (*Arch. de l'appareil digestif*, avril 1930).
- ROUX. — Les faux pneumothorax d'origine gastrique (*Thèse de Lyon*, 1919).
- SAILLER et RHIEN. — Eventration of the diaphragm. *Amer. Journ. of Med. Scien.*, 1905, CXXIX, 688.
- SAMAJA. — La manœuvre de valsalva dans l'évent. diaph. *Riforma Medica*, Naples, Tome XXXVI, n° 50, 11 décembre 1920.
- SAVY. — Eventration diaphragmatique. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1925.
- SIGLIANO (FLORENCE). — Un cas d'éventration diaphragmatique avec graves altérations de l'estomac. *Radio-logia Médica*, N° 2, 1915, pp. 70-76.
- STEIN. — Eventration du diaphragme. Rapport d'un cas typique avec diag. radiologique. *Surgery gun and obstetric*, tome 18, n° 5, p. 547, may 1914.
- TIPREZ et BONVIN. — Quelques cas d'éventration diaphragmatique gauche (*l'Echo Médical du Nord*, n° 29, 16 juillet 1927).

- VIGNAL. — Eventration diaphragmatique. B. M. (*Soc. Méd. Fr.*, Janvier 1927, pp. 29-32).
- WHEATLEY. — Eventration du diaphragme gauche (*Bost. M. a. Surg. Journ.*, 21 Juillet 1927, p. 87-91).
- WOOD. — Eventration of the diaphragm and dextrocardie (*Surgery gyn. and obst.*, Tome 23, N° 3, p. 34, septembre 1916).
-

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER.
